

 <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p>	<p>PSICO</p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 55, n. 1, p. 1-15, jan.-dez. 2024 e-ISSN: 1980-8623 ISSN-L: 0103-5371</p>
<p>http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2024.1.41245</p>	

SEÇÃO: ARTIGO

Avaliação de intervenções psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais no processo terapêutico: validação preliminar de instrumento

Evaluation of Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Interventions in Therapeutic Processes: Preliminary Validation of Instrument

Evaluación de Intervenciones Psicodinámicas y Cognitivo-conductuales en Procesos Terapéuticos: Validación Preliminar del Instrumento

**Vera Regina Röhnelt
Ramires¹**

orcid.org/0000-0002-1760-7154
verareginaramires@gmail.com

**Eduardo Brusius
Brenner²**

orcid.org/0000-0003-2519-7965
edub.brenner@gmail.com

Gabriela Dionisio Ffner³

orcid.org/0000-0001-5519-8462
ffnergabi@gmail.com

Lúisa Kirsch Bergonsi⁴

orcid.org/0000-0002-7968-2360
luisabergonsi@gmail.com

Recebido em: 3 jul. 2021.

Aprovado em: 8 mar. 2023.

Publicado em: 11 out 2024.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Resumo: A pesquisa sobre processo terapêutico demanda instrumentos capazes de avaliar os constructos que serão o foco de análise. A técnica e as intervenções do terapeuta têm sido consideradas um fator específico do processo, e seu estudo requer instrumentos válidos e confiáveis. O objetivo deste estudo foi desenvolver a adaptação transcultural da Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS) para o português brasileiro, avaliar sua confiabilidade e evidências de validade. Foi examinada a validade de conteúdo da versão adaptada, e o estudo piloto analisou videotapes de 204 sessões de quatro psicoterapias psicodinâmicas de crianças. Análises de fidedignidade interavaliadores e análises de validade, buscando identificar evidências baseadas na estrutura interna (análise fatorial e análise de consistência interna) e baseadas nas relações com outras variáveis (validade convergente) também foram realizadas. Os resultados obtidos com a versão adaptada apresentaram ótima fidedignidade interavaliadores, validade convergente com o Child Psychotherapy Q-Set, e evidências preliminares de validade de constructo, em relação a uma das subescalas da CPPS.

Palavras-chave: processo terapêutico, intervenções dos terapeutas, adaptação de instrumento, psicoterapia psicanalítica, terapia cognitivo-comportamental

Abstract: Research on the therapeutic process needs instruments able to assess the constructs under evaluation. The therapist's technique and interventions have been regarded as a specific factor in the process, and their study demands valid and reliable instruments. The aim of this study was to develop the cross-cultural adaptation of the Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS) into Brazilian Portuguese, and to assess its reliability and evidence of validity. The content validity of the adapted version was examined, and the pilot study analyzed videotapes of 204 sessions from four child psychodynamic psychotherapies. Interrater reliability analyzes and validity analyzes, aiming at identifying evidence based on the internal structure (factor analysis and internal consistency analysis) and based on the relationships with other variables (convergent validity) were also performed. The adapted version showed excellent interrater reliability, convergent validity with the Child Psychotherapy Q-Set, and preliminary evidence of construct validity of one of the CPPS subscales.

Keywords: therapeutic process, therapists' interventions, instrument adaptation, psychoanalytic psychotherapy, cognitive behavioral therapy

Resumen: La investigación sobre el proceso terapéutico exige instrumentos capaces de evaluar los constructos que serán objeto de análisis. La técnica y las intervenciones del terapeuta han sido consideradas un factor específico del

¹ Atitus Educação, Passo Fundo, RS, Brasil.

² Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA), Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Contemporâneo - Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, Porto Alegre, RS, Brasil.

proceso, y su estudio demanda instrumentos válidos y fiables. El objetivo de este estudio fue desarrollar la adaptación transcultural de la Escala de Proceso de Psicoterapia Comparada (CPPS) al portugués brasileño, y evaluar su confiabilidad y evidencia de validez. Se examinó la validez de contenido de la versión adaptada y el estudio piloto analizó el video de 204 sesiones de cuatro psicoterapias psicodinámicas infantiles. También se realizaron análisis de confiabilidad entre evaluadores y análisis de validez, buscando identificar evidencias con base en la estructura interna (análisis factorial y análisis de consistencia interna) y con base en las relaciones con otras variables (validez convergente). Los resultados obtenidos con la versión adaptada mostraron una excelente confiabilidad entre evaluadores, validez convergente con el Child Psychotherapy Q-Set y evidencia preliminar de validez de constructo en relación con una de las subescalas de la CPPS.

Palabras clave: proceso terapéutico, intervenciones de los terapeutas, adaptación de instrumentos, psicoterapia psicoanalítica, terapia cognitiva-conductual

No campo da psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica, existem duas vertentes principais acerca da natureza da ação terapêutica, uma delas que enfatiza as intervenções e a técnica utilizada pelo terapeuta, e a outra que destaca os fatores interpessoais e de relacionamento como a empatia do terapeuta em relação ao sofrimento do paciente, o senso de segurança vivenciado pelo paciente na relação terapêutica, a capacidade de continência das angústias do paciente oferecida pelo terapeuta, o ambiente de *holding* e a aliança terapêutica (Jones, 2000). A aliança terapêutica, por exemplo, é considerada um fator comum às diferentes abordagens teóricas (Carvalho et al., 2015; Halfon, 2021; Hayes, 2017), enquanto a técnica e as intervenções utilizadas pelo terapeuta constituem um fator específico do processo de cada modalidade de tratamento (Hayes & Brunst, 2017).

A pesquisa acerca do processo terapêutico, que busca compreender por meio de que mecanismos ou ingredientes uma psicoterapia funciona e produz as mudanças desejadas e/ou necessitadas pelo paciente, demanda instrumentos capazes de avaliar de maneira confiável os constructos que serão o foco da análise. Hilsenroth et al. (2005) relataram que uma série de instrumentos foi desenvolvida para avaliar a técnica e o processo de uma variedade de terapias. Contudo, muitos desses instrumentos

apresentam algumas limitações, tais como fragilidades das suas propriedades psicométricas, o fato de serem direcionados para mensurar o grau de adesão a tratamentos manualizados, sendo pouco úteis para as terapias do "mundo real", e características como complexidade e incluir um extenso número de itens, dificultando sua aplicabilidade.

Visando superar essas limitações, Hilsenroth et al. (2005) desenvolveram a Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS), com base nos achados de duas revisões de literatura comparando processos terapêuticos distintos (Blagys & Hilsenroth, 2000, 2002). Desta forma, optaram por um paradigma *bottom-up* (ou seja, alicerçado nos resultados de pesquisas), ao invés do modelo *top-down* (baseado em pressupostos teóricos apenas). A CPPS, cuja adaptação transcultural para o português brasileiro constitui o foco deste estudo, é uma escala de rápida aplicação, breve, que permite mensurar o grau em que uma psicoterapia utilizou técnicas globais correspondentes às características distintivas da psicoterapia psicodinâmica-interpessoal (PI; abrangendo psicoterapia psicodinâmica, psicodinâmica interpessoal e terapias interpessoais) e da terapia cognitivo-comportamental (TCC; abrangendo as terapias cognitiva, cognitivo-comportamental e terapia comportamental).

A psicoterapia psicanalítica e a terapia cognitivo-comportamental são largamente utilizadas no contexto brasileiro, assim como no da América Latina, o que já foi documentado, inclusive, por meio de pesquisas (Gómez-Penedo et al., 2016). Sendo a CPPS um instrumento de fácil aplicação, podendo ser respondida pelo paciente, pelo terapeuta ou por um observador externo, considera-se que pode ser útil no contexto brasileiro para análise do processo terapêutico dessas duas abordagens, bem como na formação dos terapeutas de ambas as áreas.

O estudo de Blagys e Hilsenroth (2000) identificou sete técnicas gerais que distinguiram de maneira consistente tratamentos PI de TCC: foco na expressão dos afetos e emoções por parte do paciente, análise da resistência, foco nos padrões das ações, pensamentos, sentimentos

e relacionamentos do paciente, exploração das experiências passadas, foco nas experiências interpessoais do paciente, foco na discussão do relacionamento terapêutico e exploração dos desejos, sonhos e fantasias do paciente. Posteriormente, esses autores identificaram seis técnicas que distinguiram de maneira consistente e significativa tratamentos TCC de PI (Blagys & Hilsenroth, 2002). São elas: atribuição de tema de casa e tarefas fora da sessão, direcionamento ativo das atividades da sessão por parte do terapeuta, ensino de habilidades de *coping* específicas, foco em experiências futuras do paciente, fornecer ao paciente informações sobre seu tratamento, transtorno ou sintomas e foco nas experiências cognitivas do paciente, como crenças irracionais ou disfuncionais, por exemplo.

Deste modo, partindo da literatura empírica, os itens da CPPS foram formulados de maneira que fossem capazes de captar as características distintivas dessas abordagens terapêuticas e mensurar o grau em que determinada psicoterapia utilizou as técnicas e aderiu ao seu modelo teórico (Hilsenroth et al., 2005). Isso permite analisar, na prática, a forma como a PI e a TCC são desenvolvidas, comparar vários tipos de PI e de TCC e examinar os efeitos que as técnicas da PI e da TCC podem ter em uma sessão ou em um tratamento como um todo.

A versão original da CPPS, em inglês, apresentou excelente fidedignidade interavaliadores (todos os itens PI e TCC variando da categoria bom [.60 – .74] a excelente $\geq .75$), excelente consistência interna ($\alpha = .92$ e $.94$ para as escalas PI e TCC, respectivamente) e indicadores de validade (concorrente e de critério) promissores, em estudo com foco em psicoterapias de adultos. No estudo de Hilsenroth et al. (2005), a validade convergente da subescala PI da CPPS foi examinada com base na correlação de Pearson com relação aos resultados obtidos com a Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale (VTSS) e a Penn Adherence-Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy (PACS-SE). Os mesmos dois juizes que analisaram a CPPS examinaram 76 das 124 sessões de psicoterapia que integraram o estudo (104 de psicoterapias

psicodinâmicas de 36 pacientes adultos e 19 sessões de psicoterapias não psicodinâmicas de seis pacientes adultos) com base na VTSS e na PACS-SE. A maior correlação identificada foi com a escala de estilo psicodinâmico geral da VTSS ($r = .87, p < .0001$). Em relação às subescalas da PACS-SE, as correlações variaram de $r = .49, p = .003$ (escalas suportivas) a $r = .85, p < .0001$ (escalas expressivas).

Gentile et al. (2020) também analisaram a validade convergente da CPPS em seu estudo, que envolveu a análise da transcrição de 94 sessões de psicoterapia de 47 pacientes adultos, sendo 20 casos tratados de acordo com a abordagem psicodinâmica e 27 com orientação cognitiva. Neste caso, os resultados da CPPS foram comparados com os resultados obtidos com o Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000). O PQS é um instrumento equivalente ao Child Psychotherapy Q-Set, porém com foco no processo terapêutico de adultos, e Gentile et al. utilizaram os protótipos disponíveis desse instrumento para selecionar os itens para sua análise. Eles encontraram correlações positivas entre a subescala PI da CPPS com o protótipo psicodinâmico do PQS ($r = .40, p = .004$) e entre a subescala TCC da CPPS com o protótipo cognitivo-comportamental do PQS ($r = .41, p = .000$).

A validade concorrente foi avaliada correlacionando-se os itens CPPS PI com resultados das escalas VTSS e PACS-SE, aplicadas às mesmas sessões, resultando em correlações com tamanho de efeito $> .50$ entre a CPPS PI e a VTSS e $> .30$ entre a CPPS PI e PACS-SE (Hilsenroth et al., 2005). Para avaliar a validade de critério, uma análise de variância (ANOVA) comparou a média dos itens e os escores das subescalas em dois grupos de tratamento diferentes, identificando tamanhos de efeito diferentes e superiores a $.80$ quando considerados a abordagem correspondente (PI ou TCC) e os tratamentos não PI ou não TCC, com exceção do item 13 que não diferenciou claramente os dois tratamentos.

A escala já foi adaptada para o castelhano (Gómez-Penedo et al., 2016) e para o italiano (Gentile et al., 2020), tendo sido concluído, em ambos os estudos, que se trata de uma medida

válida e confiável, capaz de fornecer uma avaliação das técnicas terapêuticas clinicamente sensível e psicometricamente robusta. A CPPS tem sido utilizada em estudos de processo e resultados terapêuticos com pacientes de diferentes faixas etárias (Goodyer et al., 2017; Katz & Hilsenroth, 2018; Midgley et al., 2018; Mullin et al., 2017) o que demonstra o amplo espectro da sua aplicabilidade. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi desenvolver a adaptação transcultural da CPPS para o português brasileiro, e avaliar sua confiabilidade e evidências de validade da versão adaptada.

Método

Foi realizado um estudo de adaptação e validação de instrumento, seguindo as diretrizes de Borsa et al. (2012).

Participantes

Um grupo de sete psicólogos, com formação e experiência como psicoterapeutas, colaborou no estudo, na qualidade de um comitê de *experts*, cujo propósito foi analisar e discutir a clareza e a pertinência da escala. Seis integrantes desse grupo eram do sexo feminino e um do masculino. O tempo de experiência clínica variou de 2 a 35 anos (M = 10,71 anos; DP = 11,53).

O estudo piloto envolveu a análise de um banco de dados composto pelos videotapes de quatro psicoterapias psicodinâmicas de crianças em idade escolar. Essas psicoterapias ocorreram em *settings* naturalísticos e somaram, no total, 407 sessões. Três meninos (Antonio, Pedro e Walter; pseudônimos) e uma menina (Alice; pseudônimo) foram atendidos por três psicoterapeutas com reconhecida competência e formação em psicoterapia psicodinâmica de crianças. Mediante a concordância das terapeutas, dos pais e das crianças, as sessões foram filmadas para análises posteriores. Os diagnósticos apresentados por essas crianças no início das psicoterapias, de acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), foram: Transtorno de Ajustamento, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno do Espectro Autista, nível 1, e

Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor. As psicoterapias tiveram a duração de 40, 58, 151 e 158 sessões, respectivamente.

Instrumentos

Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS). Desenvolvida por Hilsenroth et al. (2005), visa avaliar técnicas e intervenções psicodinâmicas-interpessoais e cognitivo-comportamentais. A escala é formada por 20 itens, sendo dez relativos à abordagem psicodinâmica e dez relativos à abordagem cognitivo-comportamental, randomicamente ordenados e classificados de acordo com uma escala Likert de sete pontos (variando de zero – “Nada característico” a seis – “Extremamente característico”), de acordo com a presença e importância do item na sessão. É acompanhada por um Manual autoexplicativo, que auxilia a pontuação dos itens. A CPPS pode ser respondida pelo paciente, pelo terapeuta ou por um observador externo. Nesse estudo, foi respondida por observadores externos, mediante análise do vídeo das sessões. Hilsenroth et al. (2005) analisaram as propriedades psicométricas da escala, identificando índices satisfatórios de confiabilidade interavaliadores, de consistência interna, de validade concorrente e validade de critério.

Child Psychotherapy Q-Set (CPQ). Procedimento que visa à análise do processo terapêutico com crianças de 3 a 13 anos de idade (Schneider & Jones, 2012). É composto por 100 itens contendo, cada um, uma declaração que descreve uma característica importante do processo terapêutico e que representam: (a) atitudes da criança (sentimentos, comportamentos ou experiência); (b) ações e atitudes do terapeuta; e (c) a natureza da interação da diade. Esses itens recebem uma pontuação que varia de 1 a 9, de acordo com o quanto foram característicos da sessão sob análise, havendo um número limite de itens em cada posição, em uma distribuição forçada. Para permitir maior confiabilidade, um manual de codificação oferece definições claras e exemplos de cada item, refletindo características que podem ser identificadas usando videotapes das sessões.

O CPQ foi adaptado para o português brasileiro (Ramires & Schneider, 2016) e tem sido utilizado em estudos nacionais e internacionais, que têm mostrado sua validade discriminante (Goodman et al., 2016), assim como fidedignidade interavaliadores, com índices de concordância superiores a .70 (Coeficiente de Correlação Intraclasse, CCI; Goodman, et al., 2016; Halfon et al., 2020; Ramires et al., 2015; Ramires et al., 2017; Schmidt et al., 2018). Vinte itens do CPQ foram selecionados para utilização neste estudo, para análise da validade convergente da CPPS.

Procedimentos

Para tradução e adaptação da CPPS, foram percorridas quatro etapas, conforme recomendado por Borsa et al. (2012). Na primeira etapa, dois tradutores fluentes no idioma de origem traduziram a escala, de modo independente, para o português brasileiro. Na segunda etapa, as traduções foram comparadas pelos autores do presente estudo, avaliando cada questão de acordo com a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual (Borsa et al., 2012). A versão sintetizada foi então analisada pelo comitê de *experts*. A análise foi realizada por meio de um grupo focal de uma hora e trinta minutos de duração, que teve por objeto de discussão a CPPS em português. O grupo foi conduzido pela coordenadora do estudo, e foi acompanhado por dois bolsistas de iniciação científica, na qualidade de observadores e responsáveis pelo registro da discussão. Na terceira etapa, foi realizada a tradução reversa para o idioma de origem (*back translation*) por dois tradutores nativos no idioma-alvo e proficientes no idioma de origem do instrumento. A síntese das versões retrotraduzidas foi obtida por consenso e a versão final foi submetida à avaliação do autor da CPPS, tendo sido aprovada.

Na quarta etapa, a versão final da CPPS foi aplicada ao videotape de 204 sessões de psicoterapia de crianças. Uma a cada duas sessões de cada um dos tratamentos descritos acima foi analisada. Em 183 sessões, as análises foram feitas por dois juízes independentes. Essa etapa consistiu

no estudo piloto e incluiu um grupo de seis avaliadores, composto por estudantes dos últimos semestres do curso de Psicologia e psicólogos. Os pares de juízes foram intercambiáveis, e a distribuição das sessões entre eles foi aleatória. Esses juízes não possuíam informações sobre as características e a evolução dos processos terapêuticos sob análise. As análises deveriam atingir um coeficiente de correlação intraclasse (CCI) de pelo menos .70 (Koo & Li, 2016). O grupo de juízes foi treinado pela coordenadora deste estudo, que possui experiência de mais de 35 anos em psicoterapia de crianças. O treinamento consistiu na leitura e análise do instrumento, do manual, análise de cinco sessões em grupo, com discussão de cada pontuação atribuída, e análise individual de cinco sessões, com CCI de pelo menos .70.

Para identificar evidências de validade da CPPS, foram realizadas análises de fidedignidade do avaliador, calculando-se a concordância entre juízes (Zanon & Hauck Filho, 2015), e análises de validade, buscando identificar evidências baseadas na estrutura interna (análise fatorial e análise de consistência interna) e evidências baseadas nas relações com outras variáveis (validade convergente) (Pacico et al., 2015). Para análise da validade convergente, os escores de cada sessão de acordo com a CPPS foram correlacionados com os escores da mesma sessão de acordo com 20 itens do CPQ. As codificações das sessões de acordo com o CPQ já haviam sido previamente realizadas em estudos anteriores (Ramires et al., 2015; Ramires et al., 2017; Schmidt et al., 2018), e compunham o banco de dados analisados no presente estudo. As análises foram realizadas utilizando os programas estatísticos SPSS, versão 23.0 e JASP versão 0.17.

O estudo que deu origem ao banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade dos pesquisadores. Todos os participantes, incluindo as terapeutas, as crianças e seus pais estavam cientes e concordaram com o armazenamento das sessões no banco de dados e sua utilização para estudos futuros sobre psicoterapia, resguardadas todas as con-

dições de sigilo e confidencialidade. Os juízes que codificaram as sessões assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente aprovado, comprometendo-se com o sigilo dos dados.

Resultados

Tradução da CPPS

No processo de tradução da escala para o português, dos 20 itens, três foram ajustados para assegurar a equivalência semântica, um para assegurar a equivalência idiomática e um item

para assegurar ambas. Os demais itens tiveram traduções equivalentes.

O comitê de experts avaliou a escala como adequada para os objetivos a que se propõe, clara e suficientemente abrangente com relação ao espectro de intervenções correspondentes à PI e à TCC. O grupo sugeriu, para maior clareza semântica, uma modificação no item 15, substituindo a expressão "O terapeuta *provê* o paciente com informações..." por "O terapeuta *fornece* ao paciente informações..." A versão final completa da CPPS, com a indicação dos ajustes de equivalência para cada item, está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Versão final em português da CPPS

Item	Descrição do Item (Tipo de Ajuste)
1*	O terapeuta encoraja a exploração de sentimentos considerados desconfortáveis pelo paciente (ex.: raiva, inveja, excitação, tristeza ou felicidade). (IES)
2**	O terapeuta dá conselhos explícitos ou sugestões diretas ao paciente. (IES)
3**	O terapeuta ativamente inicia os tópicos de discussão e as atividades terapêuticas. (IE)
4*	O terapeuta liga os sentimentos ou percepções atuais do paciente às experiências do passado. (IE)
5*	O terapeuta focaliza a atenção em semelhanças entre os relacionamentos do paciente repetidos ao longo do tempo, contextos ou pessoas. (IESI)
6**	O terapeuta focaliza a discussão sobre os sistemas de crenças irracionais ou ilógicas do paciente. (IE)
7*	O terapeuta focaliza a discussão sobre o relacionamento entre terapeuta e paciente. (IE)
8*	O terapeuta encoraja o paciente a experimentar e expressar sentimentos na sessão. (IE)
9**	O terapeuta sugere atividades ou tarefas específicas (tema de casa) para o paciente tentar fora da sessão. (IE)
10*	O terapeuta aborda a evitação do paciente de tópicos importantes e mudanças de humor. (IE)
11**	O terapeuta explica a fundamentação por trás da sua técnica ou abordagem do tratamento. (IEI)
12**	O terapeuta focaliza a discussão sobre as situações da vida futura do paciente. (IE)
13*	O terapeuta sugere maneiras alternativas de compreender experiências ou eventos que não foram previamente reconhecidos pelo paciente. (IE)
14*	O terapeuta identifica padrões recorrentes nas ações, sentimentos e experiências do paciente. (IE)
15**	O terapeuta fornece ao paciente informações e fatos sobre seus sintomas atuais, transtorno ou tratamento. (IES)
16*	O terapeuta permite ao paciente iniciar a discussão de questões, eventos e experiências significativos. (IE)
17**	O terapeuta sugere explicitamente que o paciente pratique comportamento(s) aprendido(s) em terapia entre as sessões. (IE)
18**	O terapeuta ensina ao paciente técnicas específicas para lidar com os sintomas. (IE)
19*	O terapeuta encoraja a discussão dos desejos, fantasias, sonhos ou memórias da primeira infância do paciente (positivas ou negativas). (IE)
20**	O terapeuta interage com o paciente de maneira didática (como professor). (IE)

Nota: * Item correspondente à abordagem Psicodinâmica-Interpessoal; ** Item correspondente à abordagem Cognitivo-Comportamental; IE= Itens Equivalentes; IES = Itens ajustados por Equivalência Semântica; IEI = Item ajustado por Equivalência Idiomática; IESI = Item ajustado por Equivalência Semântica e Idiomática.

O resultado da aplicação da CPPS às 204 sessões de psicoterapia é apresentado na Tabela 2, que descreve as médias e o desvio padrão de

cada item do teste no conjunto das 204 sessões analisadas.

Tabela 2 – Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo dos itens do CPPS na amostra estudada

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
CPPS_1*	4,10	1,26	,00	6,00
CPPS_2**	,14	,37	,00	3,00
CPPS_3**	1,16	1,06	,00	5,00
CPPS_4*	2,27	1,33	,00	5,50
CPPS_5*	1,83	1,44	,00	6,00
CPPS_6**	,10	,39	,00	2,50
CPPS_7*	2,75	1,39	,00	6,00
CPPS_8*	4,64	1,11	,00	6,00
CPPS_9**	,01	,078	,00	1,00
CPPS_10*	2,90	1,46	,00	6,00
CPPS_11**	,00	,035	,00	,50
CPPS_12**	,31	,84	,00	5,00
CPPS_13*	3,88	1,25	,00	6,00
CPPS_14*	3,32	1,27	,00	6,00
CPPS_15**	,03	,22	,00	2,00
CPPS_16*	4,82	1,02	1,00	6,00
CPPS_17**	,00	,00	,00	,00
CPPS_18**	,00	,00	,00	,00
CPPS_19*	3,10	1,33	,00	6,00
CPPS_20**	,15	,39	,00	2,00

Nota: * - Item correspondente à subescala PI da CPPS; ** - Item correspondente à subescala TCC da CPPS

Fidedignidade do avaliador – concordância entre juizes

O grau de concordância entre os juizes que analisaram as sessões de acordo com a CPPS foi altamente satisfatório. O teste de correlações intraclasse indicou uma média na concordância interavaliadores de .87 (*alpha de Cronbach*) com DP = .07, variando de .71 a .99.

Validade dos resultados obtidos com o teste – validade convergente

Os resultados obtidos com a CPPS foram correlacionados com os resultados obtidos com o CPQ, com o objetivo identificar evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis (validade convergente) (Pacico et al., 2015). Para isso, foram selecionados 20 itens, dos 100 itens que compõem o CPQ. O critério de seleção foi seu pertencimento aos protótipos estabelecidos para a psicoterapia psicodinâmica e a TCC com crianças (Goodman et al., 2016) e/ou sua semelhança com os itens da CPPS. Esses itens são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Itens do CPQ relacionados à abordagem da PI e da TCC utilizados para identificar evidências de validade convergente

Item	Abordagem PI - Descrição do Item
6	O terapeuta é sensível aos sentimentos da criança
36	O terapeuta assinala o uso de defesas por parte da criança
45	O terapeuta tolera os fortes afetos ou impulsos da criança
46	O terapeuta interpreta o significado do jogo da criança
50	O terapeuta chama a atenção para os sentimentos considerados inaceitáveis pela criança (ex. raiva, inveja ou excitação)
62	O terapeuta assinala um tema recorrente na experiência ou conduta da criança
67	O terapeuta interpreta os desejos, sentimentos ou ideias rejeitadas ou inconscientes
76	O terapeuta faz ligações entre sentimentos e experiências da criança
98	A relação terapêutica é discutida
100	O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outros relacionamentos
Item	Abordagem TCC - Descrição do Item
12	O terapeuta modela emoções não ditas ou não elaboradas
17	O terapeuta ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos)
23	A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico
27	Há um foco em ajudar a criança a planejar seu comportamento fora da sessão
30	As aspirações ou ambições da criança são temas
37	O terapeuta se comporta de uma maneira didática
57	O terapeuta tenta modificar distorções nas crenças da criança
82	O terapeuta ajuda a criança a manejar os sentimentos
87	O terapeuta informa a criança do impacto potencial do seu comportamento sobre os outros (não incluindo o terapeuta)
99	O terapeuta oferece ajuda ou orientação.

O teste de normalidade para a subescala CPPS das intervenções psicodinâmicas resultou em um $p = .20$ (Teste Kolmogorov-Smirnov) e em um $p = .58$ (Teste Shapiro-Wilk). Na subescala CPPS TCC esses resultados foram $p = .000$ (Teste Kolmogorov-Smirnov) e $p = .000$ (Teste Shapiro-Wilk). Conseqüentemente, utilizou-se correlação de Pearson entre os resultados obtidos com a média dos itens CPPS e CPQ, nas 204 sessões analisadas, para os itens referidos às intervenções psicodinâmicas, resultando em um $r = .52$, $p < .001$. No tocante às intervenções baseadas na abordagem TCC foi utilizada a correlação de Spearman, que resultou em $p = -.08$.

Validade dos resultados obtidos com o teste – consistência interna e análise fatorial

Para identificar evidências de validade dos resultados obtidos com a CPPS, baseadas na estrutura interna, foram realizadas análise de consistência interna e análise fatorial (Pacico et al., 2015). A análise de consistência interna da CPPS identificou um coeficiente alfa para a escala global considerado bom, de .80 (Zanon & Hauck Filho, 2015). Com relação aos resultados obtidos nos dez itens com foco nas intervenções psicodinâmicas, o resultado foi .84, também considerado bom. Já a análise da consistência interna dos resultados obtidos nos dez itens com foco

nas intervenções cognitivo-comportamentais indicou um alpha de Cronbach de .28, aquém de um índice que poderia ser considerado aceitável.

A análise fatorial exploratória também foi conduzida para verificar evidências de validade da CPPS com base na sua estrutura interna. Com o objetivo de avaliar a adequação da matriz de correlações, foram realizados os testes Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. O teste de Bartlett confirmou a adequação da base de dados para redução, indicando o resultado de $p < .001$. O KMO foi .775, também corroborando a fatorabilidade da matriz de correlações.

Em consonância com estudos anteriores sobre o instrumento, partiu-se do pressuposto teórico

de que os fatores seriam independentes (ortogonalidade), uma vez que a CPPS é composta por duas subescalas que abordam dois conjuntos de intervenções correspondentes a modelos teórico-técnicos distintos, adotando-se, por conseguinte, o método de rotações ortogonais (Varimax). Foram extraídos dois fatores, pelo método de extração mínimo residual, com base na Análise Paralela e autovalores maiores que 2. A variância total explicada foi de 35%. A carga fatorial mínima considerada aceitável foi .40. Dois itens foram excluídos da análise (17 e 18), porque tiveram uma variação igual a zero, como mostra a Tabela 2. A Tabela 4 mostra a carga dos itens nos fatores.

Tabela 4 – Resultado da análise fatorial da CPPS

Item do CPPS	Carga dos Itens	
	1	2
1* - O terapeuta encoraja a exploração de sentimentos considerados desconfortáveis pelo paciente (ex.: raiva, inveja, excitação, tristeza ou felicidade).	0,78	0,08
14* - O terapeuta identifica padrões recorrentes nas ações, sentimentos e experiências do paciente.	0,75	0,14
8* - O terapeuta encoraja o paciente a experimentar e expressar sentimentos na sessão.	0,75	-0,05
19* - O terapeuta encoraja a discussão dos desejos, fantasias, sonhos ou memórias da primeira infância do paciente (positivas ou negativas).	0,72	0,04
4* - O terapeuta liga os sentimentos ou percepções atuais do paciente às experiências do passado.	0,68	0,11
13* - O terapeuta sugere maneiras alternativas de compreender experiências ou eventos que não foram previamente reconhecidos pelo paciente.	0,66	-0,24
5* - O terapeuta focaliza a atenção em semelhanças entre os relacionamentos do paciente repetidos ao longo do tempo, contextos ou pessoas.	0,62	0,17
7* - O terapeuta focaliza a discussão sobre o relacionamento entre terapeuta e paciente.	0,52	0,03
10* - O terapeuta aborda a evitação do paciente de tópicos importantes e mudanças de humor.	0,44	0,14
12** - O terapeuta focaliza a discussão sobre as situações da vida futura do paciente.	0,30	0,06
2** - O terapeuta dá conselhos explícitos ou sugestões diretas ao paciente.	0,26	0,19
9** - O terapeuta sugere atividades ou tarefas específicas (tema de casa) para o paciente tentar fora da sessão.	0,20	0,07
20** - O terapeuta interage com o paciente de maneira didática (como professor).	0,15	0,01
11** - O terapeuta explica a fundamentação por trás da sua técnica ou abordagem do tratamento.	-0,01	0,00
3** - O terapeuta ativamente inicia os tópicos de discussão e as atividades terapêuticas.	-0,06	0,96
16* - O terapeuta permite ao paciente iniciar a discussão de questões, eventos e experiências significativos.	0,02	-0,91

15** - O terapeuta provê o paciente com informações e fatos sobre seus sintomas atuais, transtorno ou tratamento.	0,05	0,29
6** - O terapeuta focaliza a discussão sobre os sistemas de crenças irracionais ou ilógicas do paciente.	0,15	0,15

Nota: * - Item correspondente à subescala PI da CPPS; ** - Item correspondente à subescala TCC da CPPS

A análise da consistência interna do fator 1 resultou em um Alpha de Cronbach de .868, e em um Alpha de Cronbach com base em itens padronizados de .873. O Alpha de Cronbach do fator 2 foi .036 e o Alpha de Cronbach com base em itens padronizados .289.

Discussão

A versão adaptada da CPPS correspondeu aos critérios recomendados por Borsa et al. (2012), apresentando boa equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual. O comitê de experts endossou a validade conceitual da escala, considerando-a um instrumento claro, de fácil compreensão, e oferecendo uma abrangência razoável do espectro de intervenções das abordagens psicodinâmica e cognitivo-comportamental.

Uma vez que o estudo piloto foi realizado com uma amostra de sessões de psicoterapia psicodinâmica, como era esperado, a média obtida por essas sessões na subescala de PI foi superior à média das mesmas sessões na subescala TCC, e variou de 4,83, DP = 1,02 (Item 16 – O terapeuta permite ao paciente iniciar a discussão de questões, eventos e experiências significativos) a 1,83, DP = 1,44 (Item 5 – O terapeuta focaliza a atenção em semelhanças entre os relacionamentos do paciente repetidos ao longo do tempo, contexto ou pessoas) (ver Tabela 2). Já com relação à subescala TCC, a média variou de zero (Itens 11 – O terapeuta explica a fundamentação por trás da sua técnica ou abordagem do tratamento, 17 – O terapeuta sugere explicitamente que o paciente pratique comportamento(s) aprendido(s) em terapia entre as sessões e 18 – O terapeuta ensina ao paciente técnicas específicas para lidar com os sintomas; o primeiro com DP = 0,035 e os demais com DP = 0) a 1,16, DP = 1,06 (Item 3 – O terapeuta ativamente inicia os tópicos de discussão e as atividades terapêuticas). Por meio

dessas médias, observa-se que houve uma predominância de intervenções psicodinâmicas no conjunto das sessões analisadas. O destaque para o item 16 da subescala PI assinala a estrutura não diretiva das sessões de psicoterapia psicodinâmica, assim como a média menor do item 5, em que o foco da intervenção é nas repetições de características dos relacionamentos do paciente, pode ser explicado pelo fato de se tratar da psicoterapia de crianças. Nesses casos, devido à etapa do desenvolvimento, o tema de repetições de elementos conflituos dos relacionamentos não assume a mesma relevância que teria no processo terapêutico de adultos.

Além disso, é importante lembrar que as quatro psicoterapias analisadas tiveram durações bastante diversas (de um ano a quatro anos) e envolveram crianças com diagnósticos também distintos. No caso da psicoterapia de uma criança com um Transtorno do Espectro Autista Leve não surpreende que, pelo menos nas primeiras fases da psicoterapia, a terapeuta tivesse que assumir uma postura mais diretiva e estimulante, o que pode ter se refletido na média maior do item 3 da subescala TCC.

A confiabilidade da CPPS foi corroborada, neste estudo, pelo grau atingido de concordância entre os juizes, com o coeficiente de correlação intraclasse médio da escala global de .87 (variando de .71 a .99, DP = .07). Esse índice pode ser considerado bastante satisfatório (Koo & Li, 2016; Zanon & Hauck Filho, 2015). A análise dos casos individualmente vai na mesma direção, resultando em um CCI médio que variou de .82 (na psicoterapia de Antonio) a .92 (na psicoterapia de Alice). Esses resultados foram semelhantes ao estudo de validação da CPPS desenvolvido pelos seus autores, que descreveram o CCI para cada subescala separadamente, identificando um índice de .92 para a subescala PI e de .94

para a subescala TCC (Hilsenroth et al., 2005). Na versão italiana da CPPS, Gentile et al. (2020) identificaram um CCI de .83 para a subescala PI e .85 para a subescala TCC.

Para a análise da validade convergente dos resultados obtidos com a CPPS, comparou-se tais resultados com 20 itens selecionados do CPQ. O CPQ também é um instrumento destinado ao exame do processo terapêutico, voltado especificamente para o tratamento de crianças, diferente da CPPS, que tem sido usada em diferentes faixas etárias (Gentile et al. 2020; Goodyer et al., 2016; Hilsenroth et al., 2005; Midgley et al., 2018). O CPQ é um instrumento panteórico, e abrange itens relacionados à psicoterapia psicodinâmica, à TCC e à abordagem da função reflexiva. Com base nesse instrumento, foram formulados protótipos dessas três modalidades de psicoterapia (Goodman et al., 2016), que fundamentaram a seleção de itens para utilização no presente estudo. O resultado da correlação de Pearson entre a subescala PI da CPPS e os itens de intervenções psicodinâmicas do CPQ foi significativo nas 204 sessões analisadas, indicando um $r = 0,52$, $p < 0,001$. Este resultado foi próximo dos resultados encontrados nos estudos de Hilsenroth et al. (2005) e de Gentile et al. (2020), descritos acima. Conforme Ary et al. (2010), não existe um critério de corte claro para interpretar coeficientes de validade ao determinar validade convergente. Para esses autores, coeficientes acima de .40 têm sido sugeridos como indicando validade satisfatória.

Por outro lado, a análise da validade convergente da subescala TCC da CPPS com os itens de abordagem cognitiva do CPQ, no presente estudo, não identificou correlação positiva significativa. Um aspecto que pode contribuir para explicar esse resultado é o fato de que as psicoterapias analisadas eram psicodinâmicas, e os resultados obtidos na subescala TCC foram, em geral, muito baixos e com pouca variação (em dois casos, itens 17 e 18, com variação igual a zero). Além disso, o CPQ é um instrumento ipsativo, em que os itens são avaliados em comparação com os outros (neste caso, os 10 itens da abordagem

cognitivo-comportamental em comparação com os outros 90 itens do CPQ). Trata-se de uma pontuação e distribuição forçada, diferente da CPPS, em que a pontuação é baseada em uma escala Likert. Constatou-se que no estudo de Gentile et al. (2020), que também analisou a validade convergente do CPPS com instrumento equivalente ao CPQ, a correlação da CPPS PI foi próxima à encontrada no presente estudo (.40 e .52, respectivamente). E como Gentile et al. tiveram a oportunidade de analisar sessões da abordagem cognitiva, foi possível que identificassem correlação semelhante entre a CPPS TCC com o protótipo cognitivo-comportamental do PQS, igual a .41.

Contudo, deve-se pontuar que essa é uma limitação importante deste estudo piloto, uma vez que só foi possível analisar sessões de psicoterapia psicodinâmica. Portanto, as evidências de validade aqui descritas referem-se, basicamente, à subescala PI da CPPS.

A consistência interna da versão brasileira da CPPS obteve um coeficiente alpha para a escala global muito bom (Zanon & Huck Filho, 2015). Da mesma forma, o alpha de Cronbach da CPPS PI foi muito bom. A consistência interna da subescala PI neste estudo foi comparável à encontrada no estudo de Gómez-Penedo et al. (2016) e à encontrada no estudo de Gentile et al. (2020). Também foi próxima do resultado do estudo de Hilsenroth et al. (2005), nessa subescala. Tais resultados apontam para uma boa consistência interna dos resultados da subescala PI da CPPS, em sua versão brasileira.

Por outro lado, diferente dos estudos internacionais com a CPPS, que apontaram consistências internas satisfatórias para subescala TCC (Gentile et al., 2020; Gómez-Penedo et al., 2016; Hilsenroth et al., 2005), a consistência interna dos resultados obtidos com a versão brasileira da subescala TCC da CPPS não alcançou um resultado satisfatório. Novamente, deve ser pontuado que os estudos internacionais puderam abranger amostras representativas das duas abordagens terapêuticas contempladas pela CPPS. Pode ser que, na amostra brasileira, por

contemplar apenas psicoterapias psicodinâmicas, os resultados da subescala TCC tenham ficado comprometidos. Além disso, como foi analisado um número grande de sessões de um número pequeno de pacientes, isso limitou a variância dos resultados, em geral.

A análise fatorial resultou na identificação de dois fatores com autovalores maiores que 2 uma e variância total explicada próxima de 40%, percentual considerado mais comum e esperado nos estudos da área da Psicologia (Damasio, 2012). O fator 1 abrangeu nove dos dez itens que integram a subescala PI da CPPS, podendo-se afirmar que corresponde conceitualmente ao espectro de intervenções psicodinâmicas. O fator 2 abrangeu um item da subescala TCC, e o item 16 da subescala PI, este, porém, com carga negativa, implicando que quanto mais alto fosse o escore dos itens TCC, mais baixo seria o escore desse item PI. De fato, o item 3, subescala TCC, que teve maior carga nesse fator, postula que "O terapeuta ativamente inicia os tópicos de discussão e as atividades terapêuticas", enquanto o item 16, subescala PI, com carga igualmente alta e negativa, postula que "O terapeuta permite ao paciente iniciar a discussão de questões, eventos e experiências significativos". No seu conjunto, este segundo fator estaria relacionado a intervenções correspondentes ao espectro dos tratamentos cognitivo-comportamentais. O fator 1 apresentou ótima consistência interna, resultando em um α de Cronbach de .87. Em contrapartida, a consistência interna do fator 2 foi aquém do que poderia ser considerado satisfatório, sendo o α de Cronbach igual a .04.

Gómez-Penedo et al. (2016) também conduziram uma análise fatorial exploratória da CPPS, em seu estudo de adaptação dessa escala para o castelhano. O estudo foi feito com 101 terapeutas integrantes de uma amostra não probabilística, que deviam autointitular-se como psicanalíticos ou cognitivos. Esses terapeutas foram convidados a completar a CPPS com relação à última sessão que haviam tido com um paciente adulto. Os autores identificaram também uma solução de dois fatores, cujos itens apresentaram cargas

fatoriais principais nas subescalas correspondentes da CPPS. Todos os itens tiveram cargas fatoriais acima de .40, com exceção de dois itens da subescala PI, o 7 e 13, cujas cargas foram .35 e .36, respectivamente. A consistência interna dos fatores não foi apresentada pelos autores. Em seu estudo, Gómez-Penedo et al. puderam contar com terapeutas representantes de ambas as abordagens terapêuticas contempladas pela CPPS, o que pode ter contribuído para confirmar a estrutura fatorial da escala.

Uma hipótese que pode ser discutida para explicar os resultados da análise fatorial identificada no presente estudo diz respeito aos resultados da análise da validade de critério conduzida no estudo original da CPPS, de Hilsenroth et al. (2005) e no estudo de adaptação para o italiano, de Gentile et al. (2020). Hilsenroth e colaboradores realizaram uma análise de variância (ANOVA), comparando os escores médios dos itens e das subescalas nos dois grupos de tratamento. Conforme hipotetizado pelos autores, cada item da CPPS PI obteve médias significativamente mais altas no grupo que recebeu psicoterapia psicodinâmica em comparação ao grupo que recebeu psicoterapia não psicodinâmica, e essas diferenças tiveram tamanhos de efeito grandes ($> .80$), medidos pelo d de Cohen. Da mesma forma, nove dos dez itens da CPPS TCC obtiveram médias significativamente mais altas no grupo que recebeu psicoterapia não psicodinâmica em comparação ao grupo que recebeu psicoterapia psicodinâmica. Os tamanhos de efeito foram igualmente robustos ($> .80$). A exceção foi relativa ao item 12, que foi reformulado para uma versão considerada mais adequada pelos autores. Os resultados encontrados por Gentile e colegas foram na mesma direção, com alguma variação no tamanho de efeito das diferenças entre os itens. Neste caso o d de Cohen foi grande para seis itens da CPPS PI comparada à CPPS TCC, e para dois itens da CPPS TCC comparada à CPPS PI.

Esses dois estudos demonstraram que a CPPS foi capaz de discriminar os tratamentos psicodinâmicos daqueles que não seguiam essa abordagem (Gentile et al., 2020; Hilsenroth et al., 2005).

No presente estudo, que analisou 204 sessões de quatro psicoterapias psicodinâmicas, identificou-se uma predominância de intervenções psicodinâmicas, o que se refletiu nos escores das subescalas CPPS PI e CPPS TCC. É possível que, por esta razão, a análise fatorial conduzida tenha sido capaz de identificar um fator com alta consistência interna, relacionado às intervenções psicodinâmicas, enquanto o fator que demonstrou um perfil de intervenções mais alinhado à abordagem cognitivo-comportamental não tenha atingido um resultado semelhante. A análise de tratamentos cognitivo-comportamentais poderia contribuir para elucidar essa questão.

Considerações finais

Este estudo desenvolveu a adaptação transcultural da CPPS para o português brasileiro, e identificou uma boa confiabilidade da escala, bem como evidências preliminares da sua validade, especialmente no que se refere à subescala CPPS PI. A CPPS se mostra como um instrumento com potencial de ser útil para análise do processo terapêutico, especificamente no que tange às intervenções do terapeuta, permitindo analisar a adesão das psicoterapias à abordagem teórico-técnica de base, a integração de outras técnicas e possíveis associações entre o uso de determinadas intervenções com os resultados alcançados, nos estudos de processo-resultado, entre outras possibilidades.

A escala é simples e de fácil utilização, e pode ser respondida pelo próprio terapeuta, pelo paciente ou por um observador externo, como no caso deste estudo. Isso abre diferentes possibilidades, de acordo com os objetivos do pesquisador ou do clínico. Adicionalmente, uma possibilidade promissora é sua utilização na formação e na supervisão de novos terapeutas, podendo constituir um recurso muito rico para esse aprendizado.

Este estudo teve algumas limitações. Foram analisadas apenas sessões de psicoterapia psicodinâmica, quando o ideal seria que se pudesse aplicar a escala também a tratamentos cognitivo-comportamentais. Uma outra limitação é que

a amostra de sessões analisadas correspondeu a quatro tratamentos, de quatro pacientes. Uma diversidade maior de casos, futuramente, poderá contribuir para fornecer novas evidências acerca da validade da escala.

Até onde temos conhecimento, este foi o primeiro estudo a examinar a confiabilidade e a validade da CPPS na psicoterapia de crianças. Nesse sentido, contribui para um campo crescente de investigações sobre psicoterapia, que demanda instrumentos adequados e confiáveis para seu desenvolvimento. Futuros estudos poderão examinar as associações de diferentes elementos do processo terapêutico, como as intervenções dos terapeutas, a aliança terapêutica, fatores do paciente e fatores do terapeuta etc. Espera-se que futuros estudos contemplem a análise da subescala da CPPS TCC, corroborando sua validade, e que psicoterapeutas e pesquisadores considerem incluir a análise das intervenções terapêuticas em sua prática profissional, com base na CPPS, tomando-a como uma medida valiosa para a compreensão do processo terapêutico e contribuindo para o aprimoramento desse instrumento.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-5*. Artmed.
- Ary, D., Jacobs, L. C., & Razavieh, A. (2010). *Introduction to research in education*. Harcourt.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167-188. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.167>
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive features of short-term cognitive-behavioral psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671-706. [http://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00117-9](http://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00117-9)
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423-432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>

- Carvalho, C., Fiorini, G. P., Ramires, V. R. R. (2015). Aliança terapêutica na psicoterapia de crianças: uma revisão sistemática. *Psico (PUCRS. Impresso)*, v. 46, n. 4, p. 503-512. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.19139>
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Gentile, D., Colli, A., & Lingiardi, V. (2020). An Italian validation of the comparative psychotherapy process scale: reliability and validity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(5), 779-789. <https://doi.org/10.1002/cpp.2462>
- Gómez-Penedo, J., Barrientos, J., Martínez, A., & Rousos, A. (2016). Escala comparativa del proceso psicoterapéutico (CPPS): análisis de la validez y confiabilidad de su adaptación al castellano. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 656-677. <http://doi.org/10.1080/02109395.2016.1189207>
- Goodman, G., Midgley, N., & Schneider, C. (2016). Expert clinicians' prototypes of an ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Is mentalization seen as a common process factor? *Psychotherapy Research*, 26(5), 590-601. <http://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Holland, F., & Fonagy, P. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomized controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 109-119. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30378-9](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30378-9)
- Halfon, S. (2021). Psychodynamic technique and therapeutic alliance in prediction of outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(2), 96-109. <http://doi.org/10.1037/ccp0000620>
- Halfon, S., Goodman, G., & Bulut, P. (2020). Interaction structures as predictors of outcomes in a naturalistic study of psychodynamic child psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(1-2), 251-266. <http://doi.org/10.1080/10503307.2018.1519267>
- Hayes, J. (2017). What leads to change? I. common factors in child therapy. In N. Midgley, J. Hayes, & M. Cooper (Eds.) *Essential research findings in child and adolescent counselling and psychotherapy*. Sage.
- Hayes, J., & Brunst, C. (2017). What leads to change? II. Therapeutic techniques and practices with children and young people. In N. Midgley, J. Hayes, & M. Cooper (eds.), *Essential research findings in child and adolescent counselling and psychotherapy* (pp. 148-173). Sage Publications Ltd.
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: development of the comparative psychotherapy process scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 340-356. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.340>
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action, a guide to psychoanalytic therapy*. Jason Aronson.
- Katz, M., & Hilsenroth, M. J. (2018). Psychodynamic technique early in treatment related to outcome for depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25, 348-358. <http://doi.org/10.1002/cpp.2167>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <http://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Midgley, N., Reynolds, S., Kelvin, R., Loades, M., Calderon, A., Martin, P., The IMPACT Consortium, & 'Keeffe, S. (2018). Therapists' techniques in the treatment of adolescent depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(4), 413-428. <https://doi.org/10.1037/int0000119>
- Mullin, A. S. J., Hilsenroth, M. J., Gold, J., & Farber, B. A. (2017). Changes in object relations over the course of psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 501-511. <http://doi.org/10.1002/cpp.2021>
- Pacico, J. C., Hutz, C. S., Schneider, A. M. A., & Bandeira, D. R. (2015). Validade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Org.), *Psicométrica* (pp. 71-84). Artmed.
- Ramires, V. R. R., Carvalho, C., Schmidt, F. D., Fiorini, G. P., & Goodman, G. (2015). Interaction structures in the psychodynamic therapy of a boy diagnosed with Asperger's disorder: a single-case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 129-140. <http://doi.org/10.7411/RP.2015.112>
- Ramires, V. R. R., Godinho, L. R., & Goodman, G. (2017). The therapeutic process of a child diagnosed with disruptive mood dysregulation disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 488-498. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000134>
- Schmidt, F. D., Gastaud, M. B., Ramires, V. R. R. (2018). Interaction structures in the psychodynamic psychotherapy of a girl diagnosed with adjustment disorder. *Trends in Psychology*, 26(2), 719-734. <http://doi.org/10.9788/tp2018.2-07pt>
- Schneider, C. & Jones, E. E. (2012). Appendix IB. Child psychotherapy Q-Set. Coding manual. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds), *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 611-626). Humana Press.
- Zanon C, Hauck Filho N. (2015). Fidedignidade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicométrica* (pp. 85-96). Artmed.

Vera Regina Röhnelt Ramires

PhD em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), em São Paulo, SP, Brasil; com pós-doutorado em Psicologia Clínica na Long Island University (LIU), USA. Professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Atitude Educação, em Passo Fundo, RS, Brasil. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Psicopatologia e Psicoterapia Psicanalítica (NuPePPP).

Eduardo Brusius Brenner

Mestre em psicologia pela Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), em São Leopoldo, RS, Brasil. Psicólogo e Psicanalista em formação pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA), em Porto Alegre, RS, Brasil. Psicoterapeuta de crianças, adolescentes e adultos.

Gabriela Dionisio Ffner

Psicóloga graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), em São Leopoldo, RS, Brasil. Residente em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Lúisa Kirsch Bergonsi

Psicóloga graduada pela Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS. Em especialização pelo Contemporâneo - Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade no curso "Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias na Infância e Adolescência", em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Vera Regina Röhnelt Ramires

Rua Dom Pedro II sala 408, SAOEX Center
Higienópolis, 90550-141
Porto Alegre, RS, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela SK Revisões Acadêmicas e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.